**漢方問診票**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御野場たなかレディースクリニック

漢方の診察をする際に、様々な自覚症状が診療の助けになります

お手数ですが、ご協力お願いします。記入、または、○をつけてください

　　　　　　　※　書きたくないところは、そのままで結構です

氏名：　　　　　　　　　　　年齢：　　歳　　　　職業：

1. 現在、なにかお困りの症状はありますか？
2. いつ頃から、ありますか？
3. どのような時に悪くなりますか？（例：天候、月経、子育て、仕事、時間帯など）
4. 既往歴、現在、治療中の病気がありましたらお知らせください。
5. 月経（なし・あり）初経：　　　歳、閉経：　　　歳

最終月経：　　月　　日から　月経周期：　日

妊娠歴：妊娠回数　回、分娩または帝王切開　回、流産　回、中絶　回

月経量：多い、普通、少ない　月経痛：強い、普通、少ない

月経に関連した不調：なし・月経前・月経中・その他（　　　　　　　）

1. 現在の症状、体質傾向について

冷え性（なし・あり：全身・手・足・腹・背・その他）

暑がり（なし・あり：全身・手・足・腹・背・その他）

冷えのぼせ（なし・あり）、だるさ（なし・あり）、頭痛（なし・あり）

イライラ（なし・あり）、怒り（なし・あり）、切れやすい（なし・あり）

落ち込み（なし・あり）、喉のつかえ（なし・あり）

頭痛（なし・あり）、めまい（なし・あり）、寝汗（なし・あり）

体重増加（なし・あり）、体重減少（なし・あり）、浮腫（なし・あり）

便秘（なし・あり）、下痢（なし・あり）食べるとおなかこわす（なし・あり）

一日の便の回数：　回、尿の回数：　回、性状、におい（　　　　　　　　）

咳がでやすい（なし・あり）、くしゃみ・鼻水（なし・あり）

動悸（なし・あり）、お腹の張り（なし・あり）、知覚障害（なし・あり）

耳鳴り（なし・あり）、発疹（なし・あり）、口腔内トラブル（なし・あり）

痛み、こわばり（なし・あり）、喫煙（なし・あり）、飲酒（なし・あり）

嗜好（甘い物が好き、辛いもの好き、しょっぱいもの好き、肉好き、サプリ好き）

1. ご家族でなにか病気になられた方は、おりますでしょうか？
2. その他、気になる症状があれば、お書きください

ご協力ありがとうございました。